

## **Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie i jak jej przeciwdziałać – analiza wypowiedzi osób starszych**

### **Stigmatization of individuals suffering from mental illness and methods of counteraction – analysis of the statements of the elderly**

Anna Bańbura, Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz

Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny, Instytut Psychologii

#### **Summary**

**Aim.** Stigmatization of those who seem to be superficially or innately different produces many negative consequences, such as hindered recovery process in people suffering from mental disorders. The tendency to stigmatize manifests itself in the majority of age groups, but the elderly seem to be ignored both in research concerning the phenomenon of stigmatization itself and research on methods of counteracting it. The aim of the study was to describe the experiences of contact between the elderly and people suffering from mental illness in order to recount both the symptoms of stigmatization and the readiness to meet such people. The additional goal of the study was to reflect on the methods of counteracting stigmatization.

**Method.** A qualitative method based on the hermeneutic and phenomenological thought was used to analyze the data collected from four group interviews.

**Results.** We distinguished three main themes: (1) “Beliefs about the causes of mental illness”, (2) “Emotional attitude towards people suffering from mental illness” and (3) “Ways of interacting with people suffering from mental”.

**Conclusions.** Readiness to stigmatize (blaming, controlling, anxiety) and meet people affected by mental disorders as well as to acknowledge their autonomy was observed in our subjects. We propose methods of combating the stigma such as: acquainting recipients with existential and evolutionary thought, nurturing imagination and encouraging people to confront common stereotypes with stories of people they know.

**Słowa kluczowe:** stygmatyzacja, psychoedukacja, choroba psychiczna

**Key words:** stigma, psychoeducation, mental illness

## Wstęp

### Stygmatyzacja

Odmienność danej jednostki może być źródłem kreatywności, ale może być też przyczyną stygmatyzacji. Stygmatyzacja jest wielowymiarowym zjawiskiem, które może wystąpić, gdy u danej osoby zostaną zauważone cechy odróżniające ją od reszty społeczeństwa i gdy w wyniku owego rozpoznania dojdzie do jej dewaluacji [1]. Corrigan [2] wyróżnia takie jej przejawy, jak: stereotypy dotyczące konkretnych grup społecznych, a w dalszej kolejności uprzedzenia, które się pojawiają, gdy dana osoba zgadza się z owymi stereotypami panującymi w społeczeństwie, oraz dyskryminacja (wykluczanie i agresja). Jedną z powszechnie stygmatyzowanych grup stanowią osoby chorujące psychicznie [3]. Jak zaznacza Goffman [4], każdy oczekuje szacunku i uznania, tymczasem osobie stygmatyzowanej się ich odmawia. Doświadczenie stygmatyzacji jest zatem niezwykle bolesne i znacznie utrudnia osobom chorującym powrót do zdrowia i sprawnego, codziennego funkcjonowania [5, 6].

### Przyczyny stygmatyzacji

Wyróżnia się wiele czynników leżących u podłoża tendencji do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Autorzy opierający się na założeniach psychologii ewolucyjnej proponują, by proces ten uznać za konsekwencję adaptacyjnego unikania albo agresywnego wykluczania tych, których charakteryzują potencjalnie zagrażające odstępstwa od normy [7, 8]. Złożoność środowiska społecznego sprawia jednak, że adaptacje są niedoskonałe. Człowiek nieco zbyt wyczulony na wszelkie możliwe zagrożenia odczuwa strach, przeceniając ryzyko na podstawie nieprecyzyjnych i niejednoznacznych wskazówek (np. dziwne i niezrozumiałe zachowanie, nieadekwatność, specyficzny wygląd) [8]. Psychologowie egzystencjalni, tłumacząc zjawisko stygmatyzacji, również odwołują się do pojęcia lęku – zauważają, że kontakt z osobą z ciężkim przebiegiem choroby (np. psychoza) konfrontuje obserwatora z myślą, że i jego egzystencja mogłaby być potencjalnie zagrożona destrukcją [9]. Traktowanie osób chorujących jako innych, zasadniczo odmiennych lub winnych przynosi ulgę, gdyż daje złudzenie, że tego rodzaju ryzyko nas nie dotyczy [10]. Kolejne wyjaśnienie ujmuje uprzedzenia wobec osób nienależących do tej samej grupy społecznej (takiej jak np. „zdrowe osoby”) jako potrzebne do redukcji lęku i niepewności odnośnie do otaczającego świata i roli, jaką się w nim odgrywa [11].

### Przeciwdziałanie stygmatyzacji

W ostatnich latach na wiele sposobów starano się przeciwdziałać stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Próby określenia efektywności tych działań psychoedukacyjnych ukazały, że bywają one nieskuteczne, a niekiedy odnoszą wręcz przeciwny do zamierzonego skutek [12–15]. Takie wyniki ujawniały zwłaszcza badania nad edukowaniem na temat biologicznego podłoża chorób psychicznych

[16]. Badani wyposażeni w tego rodzaju wiedzę wyrażali większą gotowość do skorzystania z pomocy profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, lepiej rozpoznawali choroby takie jak depresja czy schizofrenia na podstawie opisu objawów i rzadziej stwierdzali, że przyczyną choroby jest słabość charakteru. Regularnie jednak wykazywali też większą obawę przed nieprzewidywalnością i zagrożeniem ze strony chorujących oraz chęć ich izolowania [17–21]. Reed i Harré [22] zauważają, że o ile wyjaśnienia akcentujące genetyczne predyspozycje do chorób psychicznych wiążą się z częstszym występowaniem negatywnych postaw wobec chorujących, o tyle wyjaśnienie psychospołeczne nie niesie takich konsekwencji.

### Osoby starsze

Osoby starsze stanowią coraz większy odsetek ogólnej populacji na całym świecie [23]. W dostępnej literaturze przedmiotu znaleziono jednak niewiele badań dotyczących postrzegania i stygmatyzacji osób chorujących psychicznie przez osoby starsze, ani tym bardziej doniesień na temat kampanii psychoedukacyjnych adresowanych do osób w tej grupie wiekowej. Pojedyncze badania z tego obszaru odnoszą się do poziomu wiedzy seniorów na temat przyczyn chorób psychicznych, ich przebiegu, nazewnictwa, możliwych sposobów leczenia i korzystania z pomocy psychiatrycznej czy psychologicznej [24–26]. Tymczasem jak zauważają Griffiths i wsp. [27] stygmatyzacja osób chorujących psychicznie może przejawiać się w różnych grupach wiekowych. Warto rozpoznać ten problem również w populacji osób starszych, które nie tylko wchodzą w interakcję z resztą społeczeństwa, ale też mają znaczący wpływ na kształtowanie przekonań kolejnych pokoleń [28].

Celem badania był opis doświadczenia kontaktu osób starszych z osobami chorującymi psychicznie, a następnie, na jego podstawie, próba rozpoznania przejawów stygmatyzacji bądź gotowości do takiego spotkania. Badaniu przyświecał również cel praktyczny – podjęcie refleksji nad działaniami psychoedukacyjnymi, które mogłyby zmniejszyć stygmatyzację osób chorujących psychicznie.

### Osoby badane

W badaniach udział wzięło łącznie 46 osób w wieku powyżej 60 lat, z wykształceniem przynajmniej średnim, będących na emeryturze. Na badanie składały się cztery 1,5-godzinne wywiady grupowe, przeprowadzone na terenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w ramach warsztatów psychologicznych. Badani podpisali pisemne zgody na udział w badaniu.

### Metoda

Badani byli proszeni o to, by „sięgnęli pamięcią” i „pomyśleli o osobie, o której mówiono albo myślano, że choruje psychicznie”. Następnie uczestnicy mieli zaznaczyć ślad, jaki owa chorująca osoba odcisnęła w ich pamięci, na rozdanych im arkuszach białego papieru. Po tym etapie badani byli proszeni o to, by potraktowali ten rysunek

jako początek opowieści o tym, kto ten ślad zostawił. Badani mogli również dyskutować, zadawać sobie nawzajem pytania i komentować wypowiedzi.

Decyzja o takiej formie badania powstała dzięki obserwacji, że badania zgłębiające tematykę stygmatyzacji opierają się na metodzie kwestionariuszowej, czasami z zastosowaniem winiet (stworzonych na podstawie kryteriów diagnostycznych opisów osób z konkretnymi diagnozami), i brakuje w nich odniesienia do realnych interakcji z chorującymi osobami [29]. Natomiast autorkom niniejszego badania zależało na tym, by zgodnie z sugestią Brach-Czainy [30] rekomendacje zostały wywiedzione z codzienności, ze świata, w którym żyjemy, w którym dochodzi zarówno do stygmatyzacji, jak i do uznania cudzej inności.

Metoda zastosowana do analizy zebranych danych wyrasta z fenomenologii i hermeneutyki. Ma ona zatem charakter zarówno deskryptywny (dąży do opisu doświadczenia kontaktu z osobami chorującymi psychicznie i tego, jak te osoby były odbierane przez badanych), jak i interpretacyjny (oparty na założeniu, że poznanie fenomenu niezapśredniczonego przez interpretację nie jest możliwe) [31, 32]. Na podstawie nagrania audio wywiadów sporządzono transkrypcje, które zostały następnie poddane analizie jakościowej. Analiza zebranych danych polegała na wielokrotnym odczytaniu spisanych transkrypcji, kodowaniu treści kolejnych wypowiedzi z użyciem programu MAXQDA (oprogramowanie wspierające analizę danych jakościowych), tworzeniu notatek i grupowaniu powstałych kodów w kategorie.

## Wyniki

Uczestnicy badań dzielili się opowieściami i wspomnieniami. Z opisywanymi osobami łączył ich różny stopień bliskości – od najbliższych przyjaciół, przez znajomych czy dalszych członków rodziny, aż po osoby znane jedynie z widzenia. Niektórzy badani przedstawiali też swoje opinie dotyczące osób chorujących ogólnie jako grupy społecznej.

Na podstawie analizy danych wyodrębniono trzy wymiary, takie jak: (1) „Przekonania na temat przyczyn zachorowania”, (2) „Emocjonalne nastawienie wobec osób chorujących psychicznie” i (3) „Zachowania przejawiane w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie”. Poszczególne wymiary zostaną dokładniej przedstawione poniżej i zilustrowane wypowiedziami osób badanych.

### Przekonania na temat przyczyn zachorowania

Wymiar ten odnosi się do ogólnego rozumienia podłoża chorób psychicznych oraz domniemyanych przyczyn zachorowania konkretnych opisywanych osób.

### *Choroba jako wymówka*

Niektórzy badani interpretowali wystąpienie zaburzenia jako ucieczkę przed odpowiedzialnością lub jako wymówkę. W ich opinii symptomy widoczne dla obserwatora były nakierowane na uzyskanie osobistych korzyści związanych z byciem „osobą cho-

rującą psychicznie”. Jednym z przykładów tego typu domniemanych benefitów było zwolnienie z dbania o higienę osobistą czy z wykonywania obowiązków domowych:

*„Tłumaczy lenistwo chorobą. «Ja się nie muszę myć, ja nie muszę dbać o siebie, ja mogę nie sprzątać w mieszkaniu, bo jestem chory»”.*

Jedna z badanych podejrzewała, że opisywany przez nią mężczyzna wykorzystywał informację o tym, że choruje, by uzasadniać swoją finansową niezaradność:

*„Poszedł na emeryturę, zaczęło brakować pieniędzy i uciekł w chorobę potem. To było takie wytłumaczenie, że nie ma tych pieniędzy”.*

Zachowanie osób chorujących psychicznie było w wymienionych przypadkach postrzegane jako przesadnie eksponowane lub wręcz odegrane. Brak poprawy zdrowia psychicznego był przypisywany złej woli czy lenistwu.

Jednakże wypowiedzi sugerujących, że odpowiedzialność za pojawienie się i nieustępowanie choroby należy przypisywać złym intencjom dotkniętych nią osób, było niewiele. Uczestnicy częściej wyrażali przekonanie, że choroba psychiczna jest powodowana przez czynniki niezależne od chorującego. Te domniemane przyczyny przedstawiono poniżej.

#### *Uwarunkowania dziedziczne*

Badani poszukiwali źródeł choroby psychicznej w uwarunkowaniach dziedzicznych:

*„Ludzie tacy przed trzydziestką i po dwudziestce, czy nawet przed dwudziestką, którzy mają chyba jakieś chromosomalne skłonności, bywa, że zapadają na... To genetyczne jest prawdopodobnie”.*

Niektórzy uczestnicy przytaczali ten sposób rozumienia choroby psychicznej, odnosząc się do konkretnych osób:

*„Ujawniła się u niej schizofrenia – na tle genetycznym, dziedzicznym”.  
„Prawdopodobnie ta osoba miała obciążenie genetyczne, bo jej matka ma też reakcje niezbyt... no jest osobą, która odbiega od normy”.*

Jednakże nawet gdy badani wiedzieli lub podejrzewali, jaką diagnozę postawiono opisywanym osobom (np. schizofrenia, depresja, choroba dwubiegunowa) i byli świadomi uwarunkowań dziedzicznych, wielu z nich brało pod uwagę bardziej złożoną naturę choroby psychicznej i poszukiwało również zewnętrznych przyczyn.

#### *Traumatyczne doświadczenie*

Wielu badanych widziało przyczyny wystąpienia choroby w wyjątkowo trudnych, tragicznych wydarzeniach, takich jak utrata bliskiej osoby. Jeden z badanych opisuje spotkanie w dzieciństwie kobietę, która zachorowała po tym, jak jej narzeczony zginął na wojnie:

*„Miałem może 5–7 lat jak przyszła do nas do domu jakaś pani. Ubrana w długą białą suknię, bosa. Zachowywała się bardzo spokojnie... Mama powiedziała mi, że to była narzeczona mojego wujka, który zginął na wojnie. Ona nie wierzyła w to i ciągle czekała, że ten jej narzeczony powróci...”*

Inna badana przypomniała sobie kobietę, która zachorowała po śmierci dziecka:

*„Moja znajoma straciła jedyne dziecko i ta śmierć tak wpłynęła na nią, że już właściwie nigdy nie odzyskała takiej psychicznej stabilności. Nie wróciła już do normalnego życia”*

Kolejny uczestnik mówił o przyjaciółce, która nie mogła znieść utraty męża i popadła w uzależnienie od alkoholu:

*„Jej mąż zmarł. Poszła w długą. Zaczęła ukojenia w alkoholu szukać”*

Wydaje się, że tym, co łączy przywołane refleksje, jest rozumienie choroby jako jednej z możliwych i naturalnych reakcji na bolesne i ekstremalnie trudne doświadczenia, takie jak utrata ukochanej osoby. Choroba staje się w tych wspomnieniach elementem spójnej narracji na temat opisywanej osoby.

### **Emocjonalne nastawienie do osób chorujących psychicznie**

Wymiar ten odnosi się do uczuć towarzyszących myśleniu o osobach chorujących psychicznie, które badani poznali osobiście albo o których jedynie słyszeli, oraz o osobach chorujących jako grupie społecznej.

#### *Lęk*

Niektórzy badani mówili o lęku, który towarzyszył ich interakcjom z osobą chorującą psychicznie (albo nawet samej myśli o spotkaniu z taką osobą). Uczestnicy wspominali odbiegające od normy społecznej, gwałtowne zachowania, których byli w tego rodzaju sytuacjach świadkami, takie jak krzyki i bezpodstawne oskarżanie innych:

*„Wykrzykiwała różne rzeczy, trudno było nawet zrozumieć co wykrzykuje. Zaczepiała ludzi”*

Niektórzy badani odnosili się do lęku związanego z potencjalnym zagrożeniem, atakiem ze strony chorujących:

*„Ona własnej rodzinie zagrażała, myślę, że mogłaby im tętnicę przeciąć w nocy nożem kuchennym, gdyby miała wizję, że coś jej grozi”*

Niejednokrotnie obawy te były oparte jedynie na przypuszczeniach:

*„Chodziła do pracy i co się tam działo nie wiadomo, bo prawdopodobnie była agresywna dla młodzieży. Niebezpieczna po prostu”*

Jedna z badanych wspominała przestrogę udzieloną jej przez sąsiadkę, aby unikała spotkania z inną kobietą tylko dlatego, że ta była dotknięta zaburzeniem psychicznym:

*„Ona zawsze nosiła różowy turban i głośno krzyczała. Rozmawiałam z nią kilka razy, ale sąsiadka powiedziała mi: «Ona jest chora psychicznie». Byłam nowa, to nie wiedziałam. «Musi pani uważać, żeby czasami synowi nie zrobiła krzywdy»”.*

### *Uznanie*

Część badanych mówiła ze spokojem i akceptacją o opisywanych osobach, zakładając, że nietypowe zachowania osób chorujących prawdopodobnie są adekwatne do rzeczywistości, ale inaczej widzianej, specyficznie dla konkretnej dotkniętej chorobą osoby. Jedna uczestniczka wyraziła swoje odczucie, że spotkana przez nią kobieta była szczerą i naturalną:

*„Mówiła, że jest księżniczką. Nie odgrywała jakiejś roli, tak bym powiedziała. Tylko po prostu tak myślała, że tak ma być. I ta księżniczka była przekonana, że jest księżniczką. Była taka naturalna. Może nie przekonująca bo... no trudno przekonać: «Ja jestem księżniczką». Ale taka płynęła od niej szczerłość, ona w to wierzyła”.*

Kolejna badana komentowała historię o chłopcu, który został zabrany do szpitala, po tym jak uznano, że spał z nożem pod poduszką, by kogoś skrzywdzić – poszukała w wyobraźni możliwego alternatywnego znaczenia jego zachowania, świadczącego raczej o niepokoju niż chęci skrzywdzenia innych:

*„On mógł się tak bać i mieć lęki, że w charakterze samoobrony ten nóż sobie trzymał, a nie dlatego, żeby kogoś zaatakować”.*

Jeden z badanych podzielił się myślą, że wyobrażona przez wspomnianą kobietę rzeczywistość, w której jej narzeczony nadal żył, spełniała ważną funkcję – dawała jej spokój:

*„Ta pani czekała na swojego narzeczonego, chociaż było oczywiste, że zginął na wojnie. Dziś bym jej powiedział, że niech czeka dalej, niech oczekuje, na pewno to się sprawdzi. Żeby tak sobie mogła żyć spokojnie”.*

Wspólnym mianownikiem przedstawionych refleksji jest wyrażana w nich gotowość do uznania, że doświadczenia i zachowania osób chorujących psychicznie są równie uzasadnione jak doświadczenia uczestników badania. Nietypowe zachowanie opisywanych osób w tych przypadkach nie wywoływało niepokoju. Nawet gdy badani w pierwszej chwili byli zaskoczeni, starali się wyobrazić sobie i zrozumieć świat opisywanych osób, dzięki czemu nie pojawiał się lęk.



### **Zachowania przejawiane w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie**

Na ten wymiar składają się zarówno opisywane przez badanych wspomnienia własnego zachowania w stosunku do osób chorujących, jak i zachowań zaobserwowanych u innych ludzi.

#### *Kontrola*

W wypowiedziach niektórych uczestników ujawniło się przekonanie o konieczności podjęcia decyzji o leczeniu danej osoby z użyciem podstępem. Jedna z badanych wspominała sytuację, w której chorująca kobieta podstępem została zabrana do szpitala. Opowieści towarzyszył lęk i pojawił się w niej domysł, że kobieta mogłaby zabić swoich bliskich:

*„Ta młoda kobieta była już zabójczo groźna. I ją trzeba było spacyfikować podstępem i doprowadzić do zamknięcia w szpitalu. No, brzmi to okropnie, ale albo parę trupów w mieszkaniu, albo kobieta w kaftanie bezpieczeństwa”.*

Zdarzało się, że zastanawiając się nad możliwościami pomocy osobom chorującym psychicznie, uczestnicy uznawali, że udzielenie jej jest możliwe tylko z użyciem podstępem – w przeciwnym razie, ich zdaniem, pomoc zostałaby odrzucona.

*„– Ale jeżeli byśmy chcieli, żeby dana osoba zmieniła zachowanie, bo to zachowanie, no, może jest niebezpieczne albo co? To chyba wprost do niego nie można nic powiedzieć, bo nie posłucha.*

*– No, oczywiście że nie, nie posłucha.*

*– To chyba reagujemy w ten sposób, że musimy jakoś podstępem w jego tok rozumowania się wprowadzić i coś mu tam zasugerować, może to poskutkuje”.*

Jedna z badanych przytoczyła historię znajomego mężczyzny, który co jakiś czas jest wysyłany przez żonę do szpitala. Wypowiedź wskazywała na całkowicie bierny udział osoby chorującej w jej leczeniu. Cała odpowiedzialność za jego przebieg została przypisana przez badaną jego żonie.

*„Osoba, która zapada na jakąś chorobę psychiczną, musi być co jakiś czas hospitalizowana, żeby jej tam zresetowali to wszystko. I ona potem przez jakiś czas funkcjonuje normalnie, po czym znowu jakieś symptomy takie się zauważa i znowu trzeba ją oddać, żeby ją tam podresetowali. Mój brat ma takiego kolegę, którego żona co jakiś czas musi oddać. I my się śmiejemy, że: «No, Robert poszedł na reset»”.*

W toku dyskusji badani podjęli również temat wprowadzenia obowiązkowej diagnostyki psychiatrycznej osób starających się o zatrudnienie w niektórych miejscach pracy w celu wykluczenia możliwości pełnienia ważnych funkcji przez osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi:



*„W pewnych miejscach, a szczególnie jakichś wysokich stanowiskach, to powinno być obowiązkowe przebadanie, bo taki człowiek może dużo złego zrobić”.*

Przedstawione powyżej przekonanie o konieczności kontrolowania chorujących i podejmowania za nich kluczowych decyzji zwykle wynika – jak się wydaje – z założenia, że osoby te są pozbawione woli i nie są w stanie wybrać, co jest dla nich dobre. Wprost wyraził to jeden z badanych:

*„Chorzy psychicznie nie myślą, więc zawsze jest potrzebny ktoś, kto za nich zadecyduje”.*

Wspólnym mianownikiem takich postaw jest przypuszczalnie chęć zapanowania nad chorymi psychicznie i zabezpieczenia się przed potencjalnym zagrożeniem z ich strony.

### *Gościnność*

Analiza danych pozwoliła również nakreślić obraz badanych jako gotowych do spotkania z osobami chorującymi przy uznaniu ich odrębności i autonomii. Uczestnicy przywoływali wspomnienia tego, jak towarzyszyli osobom chorującym, nie próbując ich kontrolować. Jedna z badanych podzieliła się wspomnieniem z dzieciństwa o tym, że chorujący mężczyzna był goszczony w jej rodzinnym domu. Pamiętała, że jego obecność była dla domowników czymś naturalnym, choć w niej samej wzbudzała zaciekawienie i zdziwienie:

*„On tak zachodził do nas. Mama mu dawała jakieś jedzenie, jakiś obiad. On jadł tak... tak łapczywie, tak mu się lało, tak taki... I w pewnym momencie jak sobie już tak pojadł to – miał sztuczną szczękę – i on te zęby wyciągnął... I ja później miałam taki dylemat po prostu, że próbowałam swoje zęby wyciągnąć i się dopytywałam po prostu co... nie wiedziałam po prostu czemu on potrafi wyciągnąć te zęby... i tak mi utkwiał w pamięci”.*

Inna uczestniczka podzieliła się opowieścią o tym, jak zaprosiła bezdomną kobietę, by przespała noc u niej w mieszkaniu.

*„Każdy mówił, że była umysłowo chora, miała pracę sprzątaczką, była bezdomna, więc sobie robiła posłanie w piwnicy. Zaprosiłam ją do siebie i zrobiłam jej posłanie w kuchni na takim rozkładanym fotelu i spała jedną noc u mnie”.*

Jeden z badanych przywołał wspomnienie relacji z chorującym kolegą i opowiedział o wsparciu, jakiego mu udzielił w realizowaniu jego pasji:

*„Kontaktowaliśmy się. Do tego stopnia nawet, że próbowałam mu wydawać – bo on się uważa za poetę, pisarza... nawet za wcielenie Wyspiańskiego. Nie znam się na tym bardzo, ale na jego prośbę jako*

*informatyk taką chałupniczą metodą produkowałem te jego wiersze i opowiadania. Mam nawet jeszcze w domu sporo tych rzeczy”.*

W opisanych sytuacjach myśl, że dana osoba choruje psychicznie, nie przesłoniła innych jej cech i nie sprawiła, że spotkanie było naznaczone próbami zmienienia jej albo chronienia się przed domniemanym zagrożeniem z jej strony.

### Omówienie wyników

Wśród uczestników przeprowadzonych badań przeważała tendencja do ujmowania genezy choroby w kategoriach reakcji na trudne wydarzenia życiowe, ewentualnie w połączeniu z predysponującymi czynnikami biologicznymi. Podobne obserwacje zostały poczynione na podstawie wielu badań, których wyniki podsumowują Read i wsp. [16].

W niniejszym badaniu ujawniła się również tendencja do przeceniania możliwości kontroli nad wystąpieniem i wyjściem z choroby, co przybierało niekiedy formę oskarżenia – o lenistwo, słabość charakteru. Obarczanie chorujących winą za ich stan stanowi powszechny i nasilony aspekt stygmatyzacji, na którym koncentrowali się przywoływani wcześniej badacze [12, 34]. Wydaje się jednak, że konstytuujący stygmatyzację lęk opisany na wymiarze „Emocjonalne nastawienie wobec osób chorujących psychicznie” ujawnia się w następstwie poczucia niezrozumiałości, obcości tego, z czym się spotykamy na co dzień. Zapewnienie tej luki wiedzą dotyczącą nazw objawów, jednostek chorobowych i biologicznych aberracji leżących u ich podłoża jest niewystarczające (czy wręcz przeciwnie), ponieważ nie odnosi się do tego, co jest odbiorcom bliskie i znajome. Koncentracja na samej chorobie i biegłość w rozpoznawaniu objawów chorób i ich nazywaniu, bez postawienia na pierwszym planie samych chorujących, może ten dystans wręcz zwiększać [33]. Naszym zdaniem dostępne są alternatywne formy dyskursu niż ten koncentrujący się jedynie na biologicznym podłożu chorób. Podejściem, które warto rozważyć, jest psychoedukacja odwołująca się do myśli egzystencjalnej i ewolucyjnej. Obydwie te dziedziny charakteryzuje zwrócenie uwagi na to, że człowiek ma określoną strukturę biologiczną, ale jest też kształtowany przez środowisko, w jakim się wychowuje, przez wydarzenia, w których uczestniczy, i ostatecznie przez rezultaty własnych wyborów [9, 35, 36]. Takie ujęcie nie umniejsza żadnego z wymienionych czynników, ale jednocześnie nie daje podstaw do przypisania im nadrzędnego znaczenia, przesłaniającego chorującą osobę. Szaleństwo jest w takim ujęciu odpowiedzią na środowisko, w którym ktoś wyrastał, i sposobem na przeżycie pomimo wszystkiego, co mu zagraża [10].

Wydaje się, że proponowane ujęcie kwestii zdrowia i zaburzeń psychicznych w ramach psychoedukacji mogłoby stanowić wzmocnienie sposobu myślenia, który w przeprowadzonym badaniu ujawnił się w znacznym nasileniu i został opisany jako „Uznanie”. Badani, których wypowiedzi świadczyły o uznaniu sposobu bycia chorujących, jednocześnie zastanawiali się nad znaczeniem choroby i próbowali wyobrażać sobie wewnętrzny świat chorujących. Być może ta występująca naturalnie tendencja do poszukiwania zrozumienia tak choroby, jak i innych codziennych doświadczeń,

powinna być rozwijana właśnie przez stymulowanie wyobraźni. Ta zaś w pierwszej chwili podsuwa scenariusze najłatwiej dostępne – związane z zagrożeniem. Do zaakceptowania innego świata, do którego nie mamy dostępu, niezbędna jest natomiast wyobraźnia pielęgnowana, rozwijana, która może wtedy odpowiedzieć, że za tym, co widzialne i niezrozumiałe, kryje się chęć życia wspólna zdrowym i chorującym, a to, co uznajemy za objawy, jest odpowiedzią na aspekty rzeczywistości, których nie widzimy [37]. Psychoedukacja mogłaby zatem zachęcać odbiorców, by poza tym, co widać (zachowania nieadekwatne do „mojego” świata), próbowali domyślać się tego, co jest ukryte (okoliczności, na które odpowiedzią jest choroba). Można wtedy pomyśleć, że kobieta wciąż szuka swojego zmarłego narzeczonego, ponieważ w przeciwnym razie nie mogłaby żyć dalej – a to tworzy poczucie wspólnoty doświadczeń i przestrzeń do spotkania.

Wspieranie uznania i kojenie lęku zdają się mieć poważne konsekwencje praktyczne, ujęte na wymiarze „Zachowania przejawiane w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie”. Przeżywanemu lękowi towarzyszyła chęć kontroli, a zatem wykluczenia. Już wcześniej wielu badaczy spostrzegło destrukcyjne skutki powszechnego przekonania, że osoby chorujące powinno się trzymać z dala od społeczeństwa, gdyż są niebezpieczne, że trzeba podejmować za nie życiowe decyzje, gdyż są one nieodpowiedzialne, i że należy zajmować się nimi jak dziećmi [2]. Myśleniu opierającemu się na uznaniu innych sposobów bycia towarzyszyła gotowość do spotkania z uwzględnieniem autonomii chorującego. Naturę kategorii „Gościnność” dobrze oddaje propozycja, by mówić nie „o chorującym”, ale „do niego” i „dla niego” [10]. Jedynie uznanie drugiej osoby i uszanowanie jej odrębności, tego, że może sama zdecydować, czy i jak blisko innych ludzi chce się znaleźć, może stworzyć przestrzeń dla spotkania [38].

Choć wypowiedzi badanych miałyby stygmatyzujący charakter, to inspirująca jest częstotliwość, z jaką badani wyrażali się w sposób nieetykietujący. Możliwe, że przyczyną tego stanu rzeczy jest sama forma badania, skłaniająca do mówienia o konkretnych osobach. Argument przemawiający za tą hipotezą można wywieść z obserwacji, że stereotypy ujawniały się najsilniej, gdy mówiono o chorujących jako abstrakcyjnej grupie lub gdy historia życiowa opisywanej osoby nie była znana badanemu. Jak zauważają w swojej metaanalizie Corrigan i wsp. [39], jedną z najskuteczniejszych metod przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie jest poznanie historii ich życia. Podobnie Hawke i wsp. [40] oraz Chang [41] zachęcają, by psychoedukacja dotycząca zdrowia psychicznego sięgała po narracje na temat osób chorujących psychicznie zamiast po informacje dotyczące choroby, ale bez odwoływania się do konkretnych, osobistych historii. Być może kolejną inspiracją dla psychoedukacji okaże się wspieranie poszukiwania w pamięci konkretnych, znanych sobie osób chorujących psychicznie.

Bradbury-Jones i wsp. [42] zauważają, że zarówno Heidegger, jak i Gadamer zakładali, że każde rozumienie jest interpretacją, a w tę interpretację włączane jest nieodzownie własne doświadczenie. Dlatego też powyższe badanie nie miało na celu uzyskania/przedstawienia czystego opisu doświadczenia, czyli tego, jak osoba chorująca psychicznie jawi się osobom badanym. Na opis tego, jak dana osoba zo-

stała zapamiętana, mają wpływ późniejsze refleksje i doświadczenia osób badanych i ostatecznie specyficzny kontekst badania, który wspomnienie to przywołał (obecność innych badanych i ich wspomnienia, metafora śladu jako punkt wyjścia dyskusji).

### Wnioski

Wielu badanych ujawniło stygmatyzujące przekonania na temat osób chorujących, ale w nie mniej licznych wypowiedziach pojawiała się gotowość do dekonstruowania stereotypów i podważania uprzedzeń – zarówno własnych, jak i innych badanych. Dalsze badania tego drugiego typu interakcji z osobami chorującymi psychicznie wydają się szczególnie ważne dla tworzenia przeciwdyskryminacyjnych programów. Modyfikacja i podważanie uprzedzeń i stereotypów połączone ze wzmacnianiem gotowości do spotkania i dialogu mogą być zdecydowanie bardziej efektywne niż koncentrowanie uwagi jedynie na zwalczaniu negatywnych aspektów interakcji z osobami chorującymi psychicznie.

### Piśmiennictwo

1. Heatherton TF. red. *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 2003.
2. Corrigan PW. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association; 2005.
3. Corrigan PW, Rüsch N. *Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma?* Psychiatr. Rehabil. Skil. 2002; 6(3): 312–334.
4. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster; 1964.
5. Baumeister RF, Leary MR. *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. Psychol. Bull. 1995; 117(3): 497.
6. Insel TR, Charney DS. *Research on major depression: Strategies and priorities*. JAMA. 2003; 289(23): 3167–3168.
7. Kurzban R, Leary MR. *Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion*. Psychol. Bull. 2001; 127(2): 187.
8. Gilbert P. *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Routledge; 2014.
9. May R. *The discovery of being: Writings in existential psychology*. New York: Norton; 1994.
10. Opoczyńska-Morasiewicz M. *Dialog Innych albo inne monologi: przypisy do psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2018.
11. Hogg MA. *Managing self-uncertainty through group identification*. Psychol. Inq. 2009; 20(4): 221–224.
12. Corrigan PW, Shapiro JR. *Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness*. Clin. Psychol. Rev. 2010; 30(8): 907–922.
13. Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. *The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma*. Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(6): 782–794.

14. Malla A, Joobar R, Garcia A. "Mental illness is like any other medical illness": A critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *J. Psychiatry Neurosci.* 2015; 40(3): 147.
15. Schnittker J. *An uncertain revolution: Why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance.* *Soc. Sci. Med.* 2008; 67(9): 1370–1381.
16. Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. *Prejudice and schizophrenia: A review of the 'mental illness is an illness like any other' approach.* *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 114(5): 303–318.
17. Boysen GA, Vogel DL. *Education and mental health stigma: The effects of attribution, biased assimilation, and attitude polarization.* *J. Soc. Clin. Psychol.* 2008; 27(5): 447–470.
18. Corrigan PW, Watson AC. *At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease.* *Schizophr. Bull.* 2004; 30(3): 477.
19. Lauber C, Carlos N, Wulf R. *Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies.* *Can. J. Psychiatr.* 2005; 50(12): 745–752.
20. Phelan JC. *Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness.* *J. Health Soc. Behav.* 2005; 46(4): 307–322.
21. Wang J, Lai D. *The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression.* *J. Affect. Disord.* 2008; 110(1): 191–196.
22. Reed J, Harré N. *The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'.* *J. Ment. Health* 2001; 10(2): 223–235.
23. World Health Organization. *World report on ageing and health.* World Health Organization; 2005.
24. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. *Age differences in mental health literacy.* *BMC Public Health* 2008; 8(1): 125.
25. Fisher LJ, Goldney RD. *Differences in community mental health literacy in older and younger Australians.* *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2003; 18(1): 33–40.
26. Jang Y, Chiriboga DA, Okazaki S. *Attitudes toward mental health services: Age-group differences in Korean American adults.* *Aging Ment. Health* 2009; 13(1): 127–134.
27. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. *Predictors of depression stigma.* *BMC Psychiatry* 2008; 8(1): 25.
28. Steuden S. *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
29. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. *Measuring mental illness stigma.* *Schizophr. Bull.* 2004; 30(3): 511.
30. Brach-Czaina J. *Szczeliny istnienia.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1999.
31. Pietkiewicz I, Smith J. *A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology.* *Psychological Journal* 2014; 20(1): 7–14.
32. Smith J, Osborn M. *Interpretative phenomenological analysis.* Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd; 2004.
33. Dyga K, Opoczyńska-Morasiewicz M. *Znaczenie diagnozy dla tożsamości pacjenta. Część 1: od zapoznania do rozpoznania.* *Psychoterapia* 2015; 3(174): 73–86.
34. Hayward P, Bright J. *Stigma and mental illness: A review and critique.* *J. Ment. Health* 1997; 6(4): 345–354.
35. Barash DP. *Evolutionary existentialism, sociobiology, and the meaning of life.* *BioScience* 2000; 50(11): 1012–1017.
36. Sapolsky RM. *Behave: The biology of humans at our best and worst.* New York: Penguin; 2017.
37. Węgrzecki A. *O poznawaniu drugiego człowieka.* Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papierskiej Akademii Teologicznej; 1992.

38. Opoczyńska-Morasiewicz M. *Moje superwizje. Drobiazgi stronicze*. Psychoterapia 2017; 4(183): 55–66.
39. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies*. Psychiat. Serv. 2012; 63(10): 963–973.
40. Hawke LD, Michalak EE, Maxwell V, Parikh SV. *Reducing stigma toward people with bipolar disorder: Impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative*. Int. J. Soc. Psychiatry 2014; 60(8): 741–750.
41. Chang C. *Increasing mental health literacy via narrative advertising*. J. Health Commun. 2008; 13(1): 37–55.
42. Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. *The phenomenological focus group: An oxymoron?* J. Adv. Nurs. 2009; 65(3): 663–671.

Adres: Anna Bańbura  
Uniwersytet Jagielloński  
Instytut Psychologii  
30-060 Kraków, ul. R. Ingardena 6  
e-mail: anna.banbura@doctoral.uj.edu.pl

Otrzymano: 17.04.2019

Zrecenzowano: 10.06.2019

Przyjęto do druku: 16.06.2019